

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

361

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac REICHER

Né le 12 Septembre 1907 à Falticeni (Roumanie)

L'Organisation sanitaire rurale en Roumanie

Président : M. TANON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac REICHER

Né le 12 Septembre 1907 à Falticeni (Roumanie)

L'Organisation sanitaire rurale en Roumanie

Président : M. TANON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCCQ Patholog. chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FÉY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologi.
JOANNON Hygiène.
LABBE (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathol. expérimentale.
LEVEUF Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LÉVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologi.
PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Patholog. chirurgicale.
RICHEL Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SÈNEQUE Patholog. chirurgicale.
SÉZARY Dermatol. et syphiligr.
TROIISIÈRE Pathol. expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologi.
LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection filiale et
de ma gratitude.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES SOEURS ET A MES FRÈRES

A MON AMI MAUREL

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉDIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Conseiller technique sanitaire du Ministère
de la Santé Publique
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE DOCTEUR NAVARRE

Sous-Directeur de l'Institut d'Hygiène
Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

C'est surtout en étudiant sur place les questions d'Hygiène parmi les classes rurales de Roumanie que nous avons écrit ces chapitres.

Suivant et essayant d'aider dans leur tâche les médecins chargés de s'occuper de la classe paysanne, nous avons eu l'occasion de voir les dangers et les funestes résultats de certaines habitudes et croyances populaires. Celles-ci présentent pour l'œuvre sanitaire des entraves souvent difficilement surmontables.

L'instruction de la classe rurale, la propagande, la législation, les efforts matériels que l'état s'impose et surtout la bonne volonté et la persévérance des médecins chargés de cette œuvre, arrivent petit à petit à faire disparaître bien des habitudes et des préjugés funestes.

Le progrès se fait pourtant à petits pas.

L'ignorance et les mauvaises conditions d'existence du paysan sont avec la situation matérielle difficile de l'état les principales causes de ce retard.

Des thèses nombreuses, des études d'ensemble

et des rapports administratifs périodiques sont publiés constamment sur ce problème vital de la Roumanie.

Il nous a paru intéressant de résumer et d'apprécier ces travaux.

HISTORIQUE

C'est à un jeune médecin français, ancien interne des hôpitaux de Paris, Alexandre Davila, que revient le grand mérite d'avoir mis, le premier, les bases de l'organisation sanitaire en Roumanie.

Avant lui, aucune organisation n'existait.

Le peuple gardait ses sorciers, ses guérisseurs, tandis qu'autour des cours princières s'agitaient plus ou moins inutilement des médecins « coiffeurs » pour la plupart grecs, venant de Constantinople ou d'Italie.

Jusqu'au xvm^e siècle, il y avait à peine quelques médecins et une pharmacie pour chaque principauté.

A peine si pendant les épidémies de peste du début du xix^e siècle on commence à prendre quelques mesures sanitaires sous la pression des puissances étrangères qui avaient transformé les principautés roumaines en champs de bataille.

Bientôt les deux principautés Moldavie et Valachie s'unissent, et la dynastie de Hohenzollern s'installe dans la personne de Carol I.

L'indépendance du nouveau royaume est obtenue après une longue guerre, en 1877.

C'est vers cette époque que le nouveau roi appelle de Paris Alexandre Davila, lui donne la direction du service sanitaire et lui accorde toutes les facilités pour fonder l'école de médecine de Bucarest qui n'a pas tardé à fournir des éléments capables d'obtenir un réel progrès sanitaire.

Depuis, les médecins aidés par des infirmiers assurent la surveillance sanitaire de chaque région. Ils commencent à faire des statistiques souvent encore très vagues, mais donnant des notions importantes sur l'étendue des maux. Des campagnes sanitaires munies d'un personnel compétent et de médicaments sont envoyées dans les régions particulièrement atteintes.

L'instruction et l'amélioration des conditions d'existence des paysans ont largement contribué à cet effort.

La grande guerre ayant réalisé l'union des provinces roumaines, de nouveaux problèmes se posent.

Tandis que dans les provinces de domination autrichienne et hongroise l'état sanitaire est plutôt bon, dans la Bessarabie, dominée par la Russie, presque rien n'a été fait dans ce sens.

Depuis, des efforts méritoires fournis surtout par les médecins ruraux ont contribué à améliorer encore davantage les résultats qu'on avait déjà obtenus.

II. — *Hygiène et médecine populaire.*

Les travaux de Pasteur et de ses disciples ont bouleversé partout les traditions « hygiéniques » « sanitaires » qui duraient depuis des siècles. Ces idées ont pénétré profondément dans les masses populaires. Pourtant, dans la classe paysanne, elles restent souvent ignorées, car les traditions sont plus fortes et l'instruction souvent très élémentaire.

Cette différence est très caractéristique en Roumanie. Les centres universitaires de Bucarest, Jassy et Cluj et quelques autres villes importantes, ont des institutions et une organisation sanitaire qui pourraient parfois honorer les grands centres de l'Occident.

Les savants roumains ont souvent atteint une gloire qui a dépassé largement les frontières de leur pays.

Combien est triste par comparaison de constater que la classe paysanne est restée presque sur place. Elle est en général ignorante, parfois analphabète et les acquisitions sanitaires n'attirent pas son attention. Elle garde ses sorciers, ses matrones, ses herbes « miraculeuses », ses croyances et méconnaissent les notions les plus élémentaires de l'hygiène.

Le médecin n'a pas sa confiance et d'ailleurs ne pourrait pas gagner sa vie dans le village en raison de la pauvreté du paysan. Aussi ne vient-il jamais s'y installer pour son compte.

Pour obvier à cet inconvénient, l'état paie ses médecins de campagne.

Chaque département est divisé en trois à cinq circonscriptions qui possèdent chacune un médecin destiné surtout à la surveillance sanitaire, mais s'occupant de tout ce qui se rapporte à la médecine.

Leur nombre est nettement insuffisant et leur tâche énorme. L'état ne peut pas augmenter ses charges. C'est dire l'imperfection du système dans sa forme actuelle.

Pourtant, l'instruction de plus en plus étendue du paysan, l'amélioration de son état matériel, la bonne volonté de ses médecins et la propagande par des brochures, des discours, voir même des films, arrivent petit à petit, à faire pénétrer les notions d'hygiène.

Les résultats commencent à se faire voir.

C'est donc un état d'esprit en voie lente mais certaine de disparition que nous décrivons dans les lignes qui suivent.

On a souvent célébré le pittoresque du paysan roumain, avec son costume, sa maison, ses traditions.

Regardons au point de vue médical et hygiénique.

Aucun confort n'existe dans les campagnes ; l'éclairage se fait avec des lampes (de pétrole) rudimentaires et économiques ; le chauffage, avec du bois, dans des poêles faits par eux-mêmes.

L'eau de source, de fontaine ou de rivière est prise au grand hasard. La maison est en bois, le toit en paille et en général il n'y a pas de plancher. C'est dire que la maison est avant tout un abri contre la pluie et le mauvais temps.

Presque toujours il est une chambre grande, propre, avec des beaux meubles et des broderies artistiques. C'est la chambre d'hôte. Elle reste hélas, fermée et toute la famille vit et dort dans une petite pièce à côté, qui, mal éclairée et mal aérée sert éventuellement de cuisine et même... d'abri pour un cheval ou autre bête de travail.

Ceci montre le manque d'hygiène et la promiscuité qui peuvent être réalisés l'hiver quand tout le monde y vit.

L'été tout change, c'est la vie au grand air. La cour du paysan et les ruelles du village, sont loin d'être toujours un modèle de propreté.

L'habit du paysan se compose essentiellement d'une chemise et d'un caleçon de modèle spécial qu'il porte jour et nuit et qu'il change au grand maximum toutes les semaines. L'hiver il porte d'ha-

bitude une veste en peau de mouton ; les parasites y sont légion. Pendant la grande guerre l'épidémie de typhus exanthématique avait atteint une effroyable mortalité.

L'alimentation de la classe paysanne est nettement insuffisante à cause de la pauvreté, de l'indolence et de l'ignorance. L'aliment fondamental est la « mamaliga », (polenta italien) faite à la farine de maïs. Mal conservé, le maïs est avec la misère physiologique, la cause principale de la pellagre, maladie par carence qui constitue un véritable fléau. En dehors du maïs, les aliments les plus communs sont les haricots, les pommes de terre et les légumes verts. En général, c'est une alimentation scientifiquement incompatible avec leur rude travail.

L'eau quand elle ne vient pas de sources plus ou moins pures, vient des fontaines mal faites, mal entretenues, peu profondes et entourées de mares que les canards, les cochons, le bétail et ... l'homme finissent par souiller.

Les grossesses sont nombreuses dans les villages. La femme travaille jusqu'au dernier moment de sa grossesse, elle accouche debout ou par terre entourée de linges sales, car « ça ne vaut pas la peine de salir du propre ». Une matrone l'assiste, coupe le cordon ombilical avec n'importe quoi,

baigne l'enfant dans l'eau avec des « grains de blé » et des plumes de volailles « pour que ça lui porte bonheur, » et l'habille serré, les mains le long du corps, dans du linge souvent sale. On comprend pourquoi le tétanos du nouveau-né est tellement fréquent. Nourri au sein, le nourrisson ne tarde pas de prendre dès les premiers mois, du potage, des légumes ou autres aliments que prennent les adultes. La gastro-entérite des nourrissons est ainsi d'une fréquence et d'une mortalité invraisemblable.

Les maladies infectieuses, pourtant assez communes, sont de peu d'importance par rapport à la pellagre et à la syphilis.

Des habitudes funestes propagent cette dernière dans toute la famille et chez les voisins. La promiscuité, la vaisselle commune, les verres et les bouteilles qu'on fait passer de bouche en bouche, lui enlèvent très souvent son caractère vénérien.

La mortalité générale était vers 1900, de 2,6 % mais la natalité était de 4,02 % ce qui donnait encore un excédent notable.

Malheureusement le paludisme, la pellagre, l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et la misère physiologique diminuent dans une mesure énorme la vitalité du paysan. C'est surtout contre ces maux terribles que l'Etat a dirigé ses efforts.

Le principal obstacle est l'absence de fonds,

Des résultats remarquables ont déjà été obtenus.

nus dans certaines régions, mais tant que ces fonds ne seront pas suffisants, ils resteront partiels et insuffisants.

III. — *Législation sanitaire.*

Les législateurs roumains, nourris de civilisation occidentale, et notamment française, ont donné à la Roumanie une organisation sanitaire remarquable, mais, hélas, par moment fictive.

Ni l'Etat, avec ses difficultés de tout ordre, ni la mentalité de la classe rurale, ne permettent de réaliser du jour au lendemain, un pareil changement.

La loi qui régit l'organisation sanitaire est celle du 4 février 1930, modifiée en 1933. Telle qu'elle est, la loi sanitaire est un plan, un « desideratum » dont on se rapproche à pas rapides.

Les cadres existent ; c'est l'état qui doit maintenant fournir l'effort nécessaire en donnant les fonds indispensables au fonctionnement de cet organisme.

L'organisation sanitaire est placée sous la direction du Ministère du Travail, de la Santé et de la Protection Sociale.

C'est lui qui dirige et coordonne l'action de toutes les institutions sanitaires indifféremment de leurs dépendances administratives.

Il s'occupe constamment de la protection du pays contre les épidémies venant de l'extérieur, crée les grandes institutions sanitaires, prépare et fait le recrutement du personnel technique dont il assure le salaire.

Le ministère est secondé dans sa tâche par la compétence du Conseil Général sanitaire, qui est composé de nombreuses commissions spéciales, s'occupant des maladies infectieuses, de la médecine curative, des maladies sociales, de la salubrité et de l'hygiène industrielle, de la pharmacie, de la puériculture, de l'assistance sociale, de la médecine légale et de la coordination sanitaire.

Cinq instituts fonctionnent : un pour les sé-rums et les vaccins, un pour la chimie pharmaceutique et trois pour l'hygiène et la santé publique. Ces derniers existent à Bucarest, Jassy et Cluj et font partie des universités respectives. Ils sont munis du personnel et du matériel nécessaire et servent notamment pour toutes analyses indispensables pour la région correspondante.

Un conseil technique fonctionne à côté de chaque institut et dirige les directorats sanitaires de la région. Les directorats sanitaires, au nombre de neuf, sont placés sous la direction d'un inspecteur général sanitaire, secondé par un conseil d'association des départements sous sa direction.

L'inspecteur est le chef hiérarchique des médecins sanitaires de la région et collabore avec les inspecteurs techniques au fonctionnement de l'institut d'hygiène correspondant. C'est lui qui surveille, organise et donne son avis sur toutes les questions sanitaires, aussi bien pour le personnel médical et auxiliaire, que pour les institutions existantes ou à créer. Sous sa direction immédiate existe un service sanitaire dans chaque département, conduit par un médecin-sanitaire secondé par un conseil d'hygiène.

Signalons dans ce conseil la place prépondérante de l'ingénieur sanitaire départemental qui s'occupe des travaux édilitaires, de l'alimentation en eau potable et donne son avis sur les constructions d'utilité publique. Le médecin-sanitaire départemental, contrôle, surveille l'organisation sanitaire du département, à l'exception des chefs lieux. Il prend les mesures préventives et répressives nécessaires en se conformant aux lois et aux règlements en vigueur, coordonne les initiatives locales et donne son avis sur toute question sanitaire. Il tient un registre complet sur les travaux sanitaires du département.

Chaque département est divisé en 3 à 5 circonscriptions sanitaires ayant chacune un hôpital rural et un dispensaire mixte conduits par le médecin de

la circonscription, secondé par une sage-femme et des agents sanitaires.

Le rôle du médecin rural est considérable. La médecine, l'hygiène et l'éducation du public rural lui incombent.

La loi prévoit la construction et le fonctionnement des hôpitaux et des sanatoria en nombre suffisant, des dispensaires mixtes ou spécialisés, des laboratoires d'hygiène et des offices de protection de la première enfance.

Nous verrons dans le chapitre suivant ce qu'il faut penser de l'état actuel.

Nous ajouterons que les fonds nécessaires à cette œuvre, sont fournis par la régie autonome des fonds sanitaires dont les revenus viennent de la subvention de l'Etat, de la loterie nationale, des jeux de hasard, des taxes sur les spécialités pharmaceutiques et stupéfiants, des revenus des hôpitaux ou autres institutions sanitaires, du timbre d'assistance sociale, etc...

Le but de ce fonds est de servir à l'entretien et aux soins des indigents, à la fourniture de médicaments et de matériel médical, et de contribuer à la construction et à l'entretien des institutions sanitaires.

Il existe aussi un fonds sanitaire départemental et communal alimenté par des taxes sur les pharmacies, drogueries, industries insalubres, cabarets, etc.

IV. — *Le médecin de campagne et l'hôpital rural.*

Le jeune médecin nommé après concours, médecin de circonscription sanitaire et chef d'hôpital rural, se fait bien des illusions. Il se voit à l'abri des soucis matériels, et aidé, encouragé, respecté et possédant la liberté et la facilité d'appliquer tout ce qu'il sait pour guérir et protéger.

Arrivé sur les lieux, il voit bien souvent que l'hôpital est une petite maison particulière aménagée pour la circonstance, quand ce n'est pas un bâtiment en ruine ou en construction, mais délaissé depuis longtemps faute de fonds.

Il n'y a ni électricité, ni gaz, ni eau courante, le matériel médical est archaïque et insuffisant quand il existe. Quelques chambres à plusieurs lits chacune reçoivent surtout les vieillards, les mendiants et les maladies contagieuses.

La propreté la plus élémentaire manque souvent.

Les paysans viennent en assez grand nombre à la consultation mais, il n'y a presque pas de médicaments, de pansements ou d'outils. Aussi, dès qu'il y a quelque chose de spécial, on l'envoie à l'hôpital de chef-lieu du département.

Le médecin est obligé de faire, au moins une fois par mois, la visite de très nombreuses communes placées sous sa surveillance.

Aidé dans son travail par les agents sanitaires et les sages-femmes, il prend les mesures sanitaires nécessaires et fait des rapports périodiques qu'il envoie régulièrement à ses supérieurs hiérarchiques. Ceux-ci viennent assez souvent contrôler son travail et ... écouter ses doléances.

Sans matériel et médicaments suffisants, non secondé, non encouragé, le médecin doit s'occuper d'une population nombreuse, indifférente et résignée.

Après quelques efforts, plus ou moins soutenus, il se laisse généralement vaincre par les circonstances et se limite à faire sa visite mensuelle des communes, à dresser des statistiques et à faire son rapport périodique en attendant de pouvoir quitter la place pour un poste supérieur tel que médecin d'un hôpital de chef-lieu.

Encore peut-il trouver là aussi une situation presque analogue.

Il arrive heureusement assez souvent, que le jeune médecin est doué d'une volonté, d'une persévérance et d'une force de travail toute particulière. Dans ce cas là, il peut changer bien des choses, surtout s'il réussit à se faire des collaborations précieuses.

Par des interventions continuelles auprès des autorités locales et supérieures et par son prestige personnel, il pourra tout de même obtenir quelques subventions, des donations et surtout un envoi régulier et important de médicaments et d'outillage.

C'est ainsi qu'un nombre relativement important de ces hôpitaux, sont arrivés, grâce à l'activité infatigable de leurs médecins, à posséder un local propre, bien aménagé, pourvu de l'indispensable où les paysans viennent se traiter en grand nombre plein de confiance et d'espoir. Dans ces cas là, l'activité de ces hôpitaux est considérable.

A Mocin (Cluj) dans un hôpital pourvu de 30 lits, Patrascanu a soigné en salle, dans un intervalle de 3 ans, 2.889 malades, dont 1.770 malades médicaux et 926 malades chirurgicaux. Il donna en plus de très nombreuses consultations, dont 12.965. pour les maladies vénériennes. A Bara (Roman), dans un hôpital pourvu de 20 lits, Radian soigne en salle, suivant les années, de 200 à 500 malades dont 50 à 100 chirurgicaux, 20 à 40 tuberculeux, 35 à 70 syphilitiques et de 4 à 35 pellagres, etc.

Il donne en plus chaque année quelques milliers de consultations notamment pour la première enfance, la syphilis, le paludisme, la pellagre, la tuberculose, sans compter la médecine générale et la petite chirurgie.

Les malades qui ne peuvent pas être soignés à

l'hôpital rural, sont envoyés à l'hôpital du chef-lieu départemental.

Celui-ci pourra être un grand et bel hôpital avec plusieurs sections et de nombreux médecins. C'est loin d'être la règle.

C'est ainsi qu'à Hotin (en Bessarabie), Bordeianu avait trouvé à son arrivée un état exactement superposable à celui décrit pour les hôpitaux ruraux les plus délaissés. C'est exceptionnel.

Nous décrirons le fonctionnement de l'hôpital de Falticeni que nous connaissons particulièrement bien et qui représente la bonne moyenne.

Il est la donation d'un riche particulier qui l'habitait et fonctionne depuis 20 ans. Propre, assez coquet, il possède en dehors du domicile du personnel médical et auxiliaire, trois chambres à dix lits, une chambre à deux lits pour les femmes en couche, une autre à huit lits, pour les maladies vénériennes et deux chambres à quatre lits pour les maladies infectieuses. Il n'y a pas de laboratoire, pas de radiographie, pas de salle d'opération. La salle d'attente est suffisante pour les 20 à 40 consultants journaliers qui sont la plupart des paysans ne pouvant pas être soignés chez eux ou dans les hôpitaux ruraux.

Une seule salle sert de cabinet de consultation, de salle de pansements et d'opérations de toutes sortes ainsi que d'un bureau administratif.

Le médecin est aidé par un infirmier — d'ailleurs consciencieux et expérimenté — quelques infirmières sans instruction spéciale et d'une sage-femme faisant au besoin le service de soignante

Un intendant lui est adjoint pour la partie administrative, car le médecin est non seulement le chef médical, mais aussi le responsable au point de vue administratif. Les médicaments et les pansements arrivent tant bien que mal du centre.

Les malades plus fortunés achètent leurs médicaments et paient la consultation et le séjour à l'hôpital.

L'activité du médecin est prodigieuse. Les salles sont constamment pleines. La consultation est très chargée et il s'occupe en plus de la direction médicale d'un dispensaire de la première enfance qui est indépendant de l'hôpital.

On soigne dans cet hôpital toutes les maladies, souvent avec des moyens de fortune. Pour les grandes interventions ou les maladies nécessitant des soins spéciaux, on les envoie dans les centres universitaires ou grandes villes possédant des hôpitaux suffisant et bien outillés.

Les maladies sociales dans le milieu rural.

Dépourvue jusqu'à ces dernières années de toute assistance médicale et abandonnée aux guéris-

seurs populaires, la classe rurale, nombreuse et pauvre, est décimée par des maladies d'une fréquence et d'une gravité extrême.

De tout temps, on a signalé la triade pathologique du paludisme, de l'alcoolisme et de la pellagre, qui se retrouve d'ailleurs fréquemment associés sur le même sujet.

Nous signalerons en plus l'énorme mortalité infantile, la fréquence de la syphilis, de la tuberculose et des maladies infectieuses.

Les médecins de campagne, en nombre nettement insuffisant et dépourvus souvent de l'indispensable, ne peuvent pas suffire à leur tâche. Les agents sanitaires sont d'un réel secours malgré leurs connaissances extrêmement rudimentaires.

L'étendue des maux est loin d'être connue. Les statistiques anciennes sont fantaisistes ou sont faites par des gens sans aucune compétence médicale. Celles plus récentes, faites avec le secours d'agents sanitaires, ne sont souvent pas bien meilleures. Les meilleures sont celles qui appartiennent aux hôpitaux et aux dispensaires; mais elles sont incomplètes, le paysan ne venant se soigner que « in extremis ».

Nous essaierons de montrer la fréquence, la gravité et la lutte contre les maladies les plus communes du milieu rural.

La mortalité infantile est d'une fréquence ex-

trême. La débilité congénitale, le tétanos du nouveau-né, la gastro-entérite et la broncho pneumonie en sont les causes. Elle témoigne de l'ignorance complète des notions de puériculture et d'hygiène. Aussi, malgré le très grand nombre de naissances, l'accroissement de la population est loin d'être rapide. Dans certaines régions on a pu voir un quart Dans une région particulièrement bien étudiée on a signalé une natalité variant, suivant les années, de 24,50 à 31,83 pour 1.000 et une mortalité de 15 à 19,40 pour 1.000, ce qui donne un excédent variant de 4 à 6 pour 1.000.

L'Etat s'est particulièrement ému de cette mortalité infantile. Actuellement, l'instruction dans les écoles, les brochures de propagande d'autre part, le médecin et les sages-femmes enseignent dans le milieu rural les notions indispensables de l'hygiène.

Les secours aux familles nombreuses, l'amélioration de la situation matérielle et la création de nombreux dispensaires pour la première enfance contribuent progressivement à diminuer cette effroyable mortalité.

Le paludisme a occupé toujours en Roumanie une place considérable. Ovide exilé au bord de la mer Noire, en avait déjà souffert et en laissa le souvenir dans ses récits.

Depuis, tous les auteurs nationaux ou étrangers l'ont décrit comme un des maux les plus fréquents et le plus redoutable.

La misère physiologique des villages, l'étendue et la persistance des eaux stagnantes, l'absence de toute prophylaxie ou thérapeutique, faisait que 80 à 90 % de la population rurale en étaient atteints.

Félix et Babes ont donné le cri d'alarme. Emu, l'Etat a fait des efforts très louables suivis d'un succès retentissant quoique encore incomplet. La quinine a été largement distribuée, le médecin, le maire, les curés, l'instituteur ont chacun collaboré au succès des grandes campagnes anti-paludéennes.

Des travaux édilitaires importants ont été faits; c'est ainsi que le paludisme a diminué dans des proportions très appréciables.

Cet effort n'a pas été suffisamment persistant, c'est pourquoi encore maintenant il faut compter 5 à 10 % de malades.

L'alcoolisme s'est développé d'une manière particulièrement néfaste depuis la grande guerre. L'amélioration, d'ailleurs partielle, des conditions d'existence du paysan, son éducation rudimentaire, le nombre excessif de débits dans la campagne et en ville ont contribué à développer l'alcoolisme dans une proportion extrêmement inquiétante.

L'hiver, quand il s'ennuie, le dimanche et les

fêtes, ou bien les jours de marché dans les villes voisines, le paysan consomme des quantités énormes d'alcool sous forme de tzouica, rachiou, basamaque, ou tout simplement de vin. Plus d'un tiers de l'alcool est consommé par la classe rurale.

Les crimes, les suicides ou les accidents lui sont redevables en grand nombre. Les maladies neuropsychiatriques sont particulièrement nombreuses.

L'Etat, qui tire de la consommation de l'alcool une grande partie de ses revenus, était loin de la combattre. Dernièrement, un grand mouvement de protestation s'est fait entendre et une législation restrictive pour la fabrication et la vente de l'alcool a été votée.

Elle est encore trop récente pour pouvoir en juger le résultat.

La pellegre apparut en Roumanie vers la fin du XVII^e siècle en même temps que l'introduction de la culture du maïs.

La misère physiologique, le paludisme et l'alcoolisme préparent le terrain, mais il semble indiscutable qu'à l'origine de cette maladie est la consommation du maïs altéré. Elle se manifeste par des troubles digestifs graves, un érythème pellagreuX caractéristique et une psychose toxique à type confusionnel ou hallucinatoire.

Elle réalise une déficience physique et psychi-

que extrême, ainsi qu'une prédisposition à la maladie, transmissible aux enfants.

Depuis son apparition, elle a été signalée par de nombreux auteurs.

Félix, en 1882, pense qu'il y a 5.000 pellagreuX environ. Les campagnes sanitaires ont permis dès cette époque de constater un nombre infiniment supérieur. A mesure qu'on s'intéresse davantage à la classe rurale, on se rend compte de son extraordinaire fréquence. Il y aurait en ce moment plus de 100.000 malades. Dans certaines régions, il faut considérer 50 p. 1.000 de pellagreuX.

La campagne qu'on mène contre cette maladie est rendue difficile et inefficace par la misère et l'ignorance du paysan qui consomme le maïs, même s'il est très altéré.

Des brochures, des conférences sont faites pour leur montrer les dangers qu'ils courent. Le repos, l'alimentation variée et nutritive et quelques fortifiants l'améliorent généralement assez vite. Mais ces mesures ne sont pratiquement possibles pour les paysans, qu'à l'hôpital. Or, celui-ci, quand il existe, manque de place et de fonds.

La syphilis, qui semble avoir existé depuis toujours, connaît, depuis quelques dizaines d'années, un accroissement extrêmement rapide.

Il y a actuellement 1 % de syphilitiques dans les campagnes.

Les travailleurs étrangers, le service militaire semblent y avoir contribué.

Relativement fréquente dans les villes, elle est amenée dans la campagne surtout par les militaires ayant fini leur stage.

D'ailleurs, à la campagne, la syphilis n'est pas en général pas une maladie vénérienne mais une maladie de promiscuité. Le malade en pleine éruption floride, la répand en toute ignorance dans sa famille et son voisinage.

La promiscuité, la vaisselle commune, les verres qui vont de bouche en bouche, rendent inévitable la contagion. L'ignorance et l'indolence font qu'on voit les malades, surtout en période tertiaire, quand les lésions portent notamment sur la face.

Le dermatropisme est d'ailleurs particulièrement accentué, par contre, il y a peu d'atteintes nerveuses.

Une campagne intense a été menée contre ce fléau. Des affiches, des conférences, voire même des films de propagande ont éclairé un peu la population. Aussi les consultations pour la syphilis sont très nombreuses dans les hôpitaux et dispensaires de campagne. Le traitement est gratuit ; malheureu-

sement le paysan se fait faire quelques injections à peine suffisantes pour guérir ses lésions apparentes et ne vient plus jusqu'à l'apparition de nouvelles lésions. Bien rares sont ceux qui suivent un traitement de quelques mois.

L'éducation du public est loin d'être parfaite.

D'ailleurs, l'organisation des dispensaires et leur approvisionnement en médicaments laisse aussi, souvent à désirer,

La loi prévoit des institutions d'assistance médicale en nombre suffisant et des laboratoires d'analyses. Les malades sont obligés de se traiter. Les soins sont gratuits. La transmission consciente des maladies vénériennes est justiciable d'un emprisonnement de 3 mois à un an. Il existe des dispositions législatives en ce qui concerne les professions particulièrement exposées au contagement extra-vénérien et les militaires ayant contracté la syphilis pendant leur service militaire.

Les publications pornographiques et celles qui dans un but purement commercial recommandent des médications douteuses, sont passibles d'une forte amende.

Enfin, tout récemment, considérant que les maladies vénériennes sont surtout dues à la prostitution, on a voté son abolition.

Sans vouloir entrer dans des considérations qui

dépassent le sujet de notre thèse, nous signalerons que les espoirs sont loin de se réaliser. La prostitution réglementée, contrôlée et présentant malgré tout, un minimum de sécurité, n'existe plus. Les conditions économiques extrêmement mauvaises poussent à la prostitution un nombre toujours plus croissant de femmes qui « travaillent », sous les yeux des autorités impuissantes, à la dissémination rapide des maladies vénériennes.

Dans l'état économique et moral actuel, il semble que la prostitution réglementée, malgré les justes critiques qu'on peut lui porter, aurait dû être maintenue.

Une mesure vraiment utile serait la déclaration et le traitement obligatoire de ces maladies. Elle se heurte à trop de préjugés pour pouvoir l'envisager dans un avenir plus ou moins approché.

La tuberculose, sans être aussi fréquente que dans les grandes agglomérations, est loin d'être exceptionnelle dans les campagnes. Les statistiques des dispensaires et des hôpitaux en font foi. L'examen d'aptitude militaire révèle dans la classe rurale un nombre de plus en plus grand d'adolescents tuberculeux. Malades depuis longtemps ou rendus malades par un séjour infectant dans la ville, les usines ou écoles, ils reviennent à la campagne

guérir. Le résultat le plus certain c'est la contagion de l'entourage car, aucune précaution, si élémentaire soit-elle, n'est prise.

L'Etat a fait un certain effort, mais les quelques dizaines de dispensaires anti-tuberculeux sont pratiquement sans aucune valeur pour les quelques centaines de mille de tuberculeux qu'on connaît.

Il en meurt approximativement 60.000 par an.

Un essai en grand a été fait pour la vaccination anti-tuberculeuse avec le B.C.G. de Calmette. Ces essais ont montré l'innocuité de cette vaccination, mais les résultats n'ont pas été suffisamment démonstratifs pour justifier la généralisation et l'obligativité de la méthode.

Mais, le professeur Cantacuzène, en se basant sur une statistique qui porte sur 17.436 cas arrive à une triple conclusion :

a) L'innocuité absolue de la méthode ;

b) Action incontestable sur la mortalité générale. En Roumanie, la mortalité atteint 27 % chez les enfants de moins d'un an ; chez les enfants soumis au B.C.G. la mortalité s'abaisse à 9,7 %.

c) En Roumanie, la proportion des enfants vivant en milieux bacillifères et morts de tuberculose est en moyenne de 25 % si on considère les enfants

vaccinés et qui ont été déclarés morts de tuberculose, nous n'avons plus que 1,4 % au lieu de 25 %.

En se basant sur ces résultats, le professeur Cantacuzène émet le vœu que la vaccination au B.C.G. devienne générale et obligatoire.

Dans l'état actuel, l'effort nécessaire pour arrêter la progression de la tuberculose, dépasse, croyons-nous, les possibilités matérielles de l'Etat.

Les maladies infectieuses ont largement profité de la législation et l'organisation sanitaire actuelle.

La loi sanitaire est sur ce point claire, précise et généralement respectée. Conformément aux conventions sanitaires internationales, le pays se défend contre les maladies infectieuses venant de l'extérieur par un contrôle sanitaire venant sur mer ou sur terre. Les stations sanitaires pourvues du matériel et personnel nécessaire sont en voie d'organisation.

Les maladies à déclaration obligatoire et pour lesquelles des mesures sanitaires sont prises sont : l'anthrax, le botulisme, la diphtérie, la dissenterie amibienne et bacillaire, l'encéphalite épidémique, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, le choléra, la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la morve, la peste, la polyomyélite, la rage, la scarla-

tine, le typhus exanthématique, le typhus récurant et la variole.

Dans un but statistique les médecins déclarent, une fois par mois, les conjonctivites granuleuses, la dengue, la grippe, le paludisme, la melitococcie, la parotidite épidémique, la pellagre, la rougeole, le tétanos, l'érysipèle, la tuberculose, la coqueluche, la varicelle, la blennorragie, le chancre mou et la syphilis.

En cas d'accroissement inquiétant de la fréquence de ces maladies le ministère prend des mesures sanitaires spéciales à leur égard.

L'obligativité de la déclaration concerne les médecins ou, en leur absence, les chefs des entreprises industrielles, agricoles ou commerciales, les directeurs des écoles, des asiles, des monastères, des hôtels, des prisons, ou toute autre personne dont dépend le malade.

Des mesures d'isolement et de désinfection sont prises soit au domicile du malade sous le contrôle indispensable des autorités sanitaires, soit à l'hôpital.

Les analyses indispensables, ainsi que les soins nécessaires sont gratuits et obligatoires dans les institutions publiques.

Une attention toute particulière et louable a été portée sur les maladies contagieuses.

L'hôpital rural, aussi petit soit-il, doit avoir une chambre pour les maladies contagieuses. En cas d'épidémie grave, des secours de matériel, de médicaments et de personnel sont prévus. Les réunions publiques de toutes sortes, les marchés, les pèlerinages sont interdits ; les écoles sont fermées. Si les locaux hospitaliers ne suffisent pas, on recourt à toute autre maison sanitaire, scolaire, publique ou particulière.

Deux vaccinations sont obligatoires.

La vaccination antivariolique est obligatoire dans la première année et à l'âge de 7-8 ans.

Toute personne mordue par un chien suspect de rage devra se présenter aux autorités sanitaires respectives et subir la vaccination anti-rabique.

En cas d'épidémie grave, le ministre, avec l'avis de la commission des maladies infectieuses, pourra décréter obligatoire la vaccination contre le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, etc.

A la campagne, les mesures sanitaires contre les maladies infectieuses sont à peu près satisfaisantes.

Les maires ou les agents sanitaires rapportent les cas au médecin rural qui vient examiner les malades, prend les mesures sanitaires nécessaires, les envoient, d'habitude, à l'hôpital, fait faire la désinfection des locaux et des vêtements et adresse le rapport à ses supérieurs.

En pratique, l'isolement à domicile est inopérant. A l'hôpital, où la réception du malade est obligatoire, les salles communes pour des maladies différentes sont la règle.

En cas de manque de place, les malades sont envoyés à l'hôpital du chef-lieu du département ou dans des infirmeries spéciales créées pour la circonstance.

Malgré les critiques qu'on peut lui apporter, la lutte contre les maladies contagieuses est celle qui se fait le plus correctement. Pour les autres maladies, il s'en faut de beaucoup pour qu'elle le soit.

On a constaté que la léthalité de la scarlatine s'abaisse depuis 30 ans en Roumanie d'une façon constante et progressive.

D'après une statistique du professeur Cantacuzène, la léthalité était de 27 % de 1898 à 1902 ; de 20 % de 1902 à 1911 ; de 10 % de 1921 à 1924, et, en 1925, de 7,7 %. La scarlatine était autrefois d'une gravité exceptionnelle, on constate une bénignité croissante du type clinique qui est affirmée aujourd'hui par les médecins praticiens. Ces résultats sont dus en grande partie à l'observation des règles d'hygiène, aux soins prodigués par les médecins et en appliquant les règles d'isolement, de désinfection, etc.

CONCLUSIONS

L'organisation sanitaire rurale de la Roumanie date du milieu du xix^e siècle. Avant cette époque, la classe rurale dépourvue de toute assistance médicale était laissée aux soins des guérisseurs et des sorciers dont les pratiques funestes ont amené une mortalité et une morbidité effrayante.

La mortalité infantile, le paludisme, l'alcoolisme, la pellagre, la syphilis, la tuberculose et les maladies infectieuses sont d'une fréquence extrême. L'ignorance des notions les plus élémentaires d'hygiène, l'indifférence, la force des traditions et les mauvaises conditions d'existence les entretiennent.

Grâce à l'instruction, à la propagande, à la législation, aux efforts matériels de l'Etat et surtout à la persévérance et à l'activité infatigable du personnel médical et paramédical, nous assistons à une amélioration progressive de cette situation.

Elle est pourtant lente à se faire, car le personnel médical est en nombre nettement insuffisant ; les hôpitaux n'ont pas les fonds nécessaires et la situation matérielle et intellectuelle du paysan est encore assez mauvaise.

L'Etat doit faire un très grand effort matériel, mais même s'il avait toute la bonne volonté, ses difficultés actuelles l'empêchent d'être à la hauteur de sa tâche.

Pourtant, des efforts louables ont déjà été faits, certaines campagnes sanitaires et notamment celle contre le paludisme, la pellagre, la syphilis et les maladies infectieuses ont obtenu des résultats démonstratifs.

La législation sanitaire prévoit une organisation satisfaisante qu'on réalise chaque année davantage.

Le jour où, grâce à l'instruction, aux fonds nécessaires et à l'énorme travail des médecins ruraux cette loi pourra être entièrement appliquée, la Roumanie aura une organisation sanitaire rurale dont elle pourra être fière.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BORDEIANU. — Un an de munca într'ure spital. *Revista stîntelor medicale*, 1932.
- CALALB. — Epidemia de disenterie din cursul anului 1932. *Revista stîntelor medicale*. Martie 1933.
- CALINESCO (Desse). — Etiologia pelăgrei. Thèse de Bucarest.
- CAMPEANU-TOSCANI. — Vagabonzii si cersetorii din punct de vedere medical. Spitalul 1930, page 429.
- CANTACUZINO et VEBER. — Le B. C. G. en Roumanie. Rapport fait à la conférence internationale de tuberculose. Oslo, 1930.
- CONSTANTINESCO Aurel. — Alcoolismul in Romania din punct de vedere social. Thèse de Bucarest, 1927.
- DAVIDESCOU (Ghe). — Campania sănitare din 1916-1919 Spitalul Martie 1932.
- FELIX. — Istoria hygienei in România. *Analile Academiei Române*. Seria II, T. XXIV.
- GEORGESCO (Dr.). — Contributiuni la studiul boalilor sociale in mediul rural. Thèse de Bucarest, 1926.
- IRIMESCO. — Tuberculoza ca boala sociala. Thèse de Bucarest, 1926.
— Organizatii si legiferari pentru combatărea syphilissului.
- Legea sanitara et de ocrotire. — *Monitorul oficial* din 14 Iulie 1930 e din 13 Aprilie 1933.
- MANOLIN Constantin. — Contributiuni la studiul si profilactia syphilisului in mediul rural. Thèse de Bucarest, 1927.
- Office international d'Hygiène publique. T.XXI, 1929. — XXII, 1930.

- OBREGA et DINIULESCO. — Studiu statistic al alcoolisma lui, 1919-1925. Spitalul Ianuarie 1927.
- PAULIAN. — Problèmes sanitaires et sociaux. Bucarest 1930.
- PAULIAN et JONESCO. — Contributiuni la studiul epidemiei de poly-myelitei. Spitalul Noembrie, 1929.
- PATRASCANU. — Ce-am facut inti em spital mier in 3 ani et 2 cuni. Spitalul Martie, 1923.
- PETRESCU (Ghe). — Medicina publica in Moldova acum 100 de ani. Studiul stientelor medicale. Jannuarie 1931.
- Studiul ascepra cauzelor e starei actuale a syphilisului in Romania. Bucarest 1910.
- PINCU Joseph. — Observationi epidemiologica e profilaetice ascepra paludismului.
- POPESCO-Azaga. — Starea hygienica e sanitara a industriei croastre.
- POPESCO (Cte). — Contributiuni la studiul starei hygienica e sanitară a populatiei rurale. Thèse de Bucarest, 1896.
- POPESCO Ivan. — Profilaxia tuberculozei in canipul nunucli. Thèse de Bucearest, 1926.
- RADIAN Ivan. — Consideratii asupra unei activitati la un spital inixt rural. Revista stientelor medicale. Decembrie 1932.
- RADOSLAV (Petcov). — Profilaxia syphilisului in campul man-cet. Thèse de Bucarest, 1926.
- RADULESCU (Ghe). — Contributii la studiul malariei. Thèse de Bucarest, 1914.
- ROSIANU (Nicolai). — Epidemia de poly-myelite. Thèse de Bucarest, 1928.
- SAMARIAN (P.). — Variolizarea e meeputal vaccinarei anti-variolice en trentul Romaniei. Rev. stien. medicale. August 1931.
- STEFANESCO (Théodore). — Pericolul syphilisului dupa razboni. Organizarea luptei contra lui la meseriasii. Bucarest 1919.

VANISTOC (A.). — Contributiuni la studiul epidemiologic al encephalitei epidemice in Romania. Thèse de Bucarest, 1928.

VELICAN. — Paludismul in circonscripția Murgeni (Tutova), 1927-1929. Rev. stiin. medicale. Sept. 1930.

VLADESCO-SERBAN. — Contributiuni la studiul tuberculozei pulmonare in armata. Thèse de Bucarest, 1928.

